

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 132

ÉTUDE
D'UNE OBSERVATION DE FIBROME
EN DÉGÉNÉRESCENCE KYSTIQUE

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Juillet 1921

PAR

Roger LANDUREAU

Né à Issoudun (Indre), le 28 Mai 1894

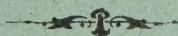
PHARMACIEN DE 1^{re} CLASSE

EX-PRÉPARATEUR DE CHIMIE (3 MÉDAILLES D'OR)

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs	{	DE ROUVILLE, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		TÉDENAT, professeur.		
de la Thèse		ETIENNE, agrégé.		
		LAPEYRE, agrégé.		



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921

ÉTUDE
D'UNE OBSERVATION DE FIBROME
EN DÉGÉNÉRESCENCE KYSTIQUE

ÉTUDE
D'UNE OBSERVATION DE FIBROME
EN DÉGÉNÉRESCENCE KYSTIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Juillet 1921

PAR

Roger LANDUREAU

Né à Issoudun (Indre), le 28 Mai 1894

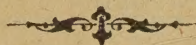
PHARMACIEN DE 1^{re} CLASSE

EX-PRÉPARATEUR DE CHIMIE (3 MÉDAILLES D'OR)

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs	{	DE ROUVILLE, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		TÉDENAT, professeur.		
de la Thèse		ETIENNE, agrégé.		
		LAPEYRE, agrégé.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELT.
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	GRANEL.
Microbiologie	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE.
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	N...
Hygiène	VIRES.
Médecine légale et toxicologie	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	N...
Clinique chirurgicale	DUCAMP.
Clinique obstétricale	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique	FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique des maladies des enfants	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MAIRET.
Clinique gynécologique	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.)
Anatomie	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE
Chimie	DELMAS (J.)	Physique	CABANNES.
	MESTREZAT		PECH.

Examineurs de la thèse:

MM. DE ROUVILLE, professeur, <i>Président</i> .	MM. ETIENNE, agrégé.
TEDENAT, professeur.	LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Trop tôt disparu.

A MA MÈRE ET A MA SOEUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

R. LANDUREAU.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A MON JURY DE THÈSE

R. LANDUREAU.

AVANT-PROPOS

Avant d'exposer les quelques notions qui sont l'objet de cette étude, je suis heureux de témoigner ma reconnaissance aux Maîtres qui m'ont instruit.

Je remercie bien sincèrement mes Maîtres de l'Ecole de Médecine de Limoges, et particulièrement M. le Professeur Thouvenet, qui m'a inculqué les premières notions de clinique médicale, et dont j'ai suivi le service pendant deux ans avec grand profit.

Plus tard, lorsque je fus évacué du front, j'ai trouvé à l'Ecole de Poitiers le meilleur accueil, et des leçons qui m'ont permis de reprendre facilement mes études, interrompues pendant quatre ans. J'eus la bonne fortune d'être affecté au service du Docteur Herscher, agrégé de Paris, puis à celui du Docteur Morichau-Beauchant, professeur de clinique médicale à l'Ecole de Poitiers. Je remercie tout particulièrement ces deux Maîtres de la bienveillance qu'ils n'ont cessé de me témoigner, de la peine qu'ils ont prise pour mon instruction et je conserve pour eux un sentiment de profonde gratitude.

Mes remerciements vont aussi à M. le Professeur de Rouville, pour la confiance qu'il m'accorde en acceptant la présidence de cette thèse et à MM. Tédénat, Etienne et Lapeyre qui ont bien voulu me faire l'honneur de la juger.

ETUDE

D'UNE OBSERVATION DE FIBROME

EN DÉGÉNÉRESCENCE KYSTIQUE

INTRODUCTION

Au cours de notre stage dans le service de M. le professeur de Rouville, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous avons eu l'heureuse fortune d'observer un cas tout spécialement intéressant de dégénérescence kystique de fibro-myome utérin chez une femme de 20 ans. L'observation qui nous a été confiée et qui fait la base de notre travail, est un sujet d'étude plein d'intérêt et c'est à cette étude seule que nous nous sommes attaché, laissant volontairement de côté toute idée de faire une revue générale de la question des fibro kystes utérins, revue générale qui n'aurait pu être qu'une copie plus ou moins bien déguisée des nombreux et si complets travaux antérieurs. Devant l'inutilité et la sottise d'un pareil travail, nous avons préféré n'apporter que la modeste et courte discussion d'une observation inédite, mais nous avons au moins la satisfaction de présenter à la bienveillance de nos juges, un travail entièrement personnel.

Partant donc de cette observation, nous en ferons ressortir successivement toutes les particularités et pour la clarté de la discussion, nous envisagerons, dans autant de chapitres différents, les considérations d'ordre clinique, anatomo-pathologique, pathogénique et thérapeutique auxquelles nous serons entraînés.

OBSERVATION

Service de M. le professeur De Rouville

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. Sappey, interne des hôpitaux)

Madame T... 20 ans, entre à l'Hôpital Suburbain le 25 octobre 1919 pour tumeur abdominale.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Réglée à 13 ans, règles régulières durant 7 à 8 jours avec quelques caillots, plutôt abondantes, dysménorrhée quelques heures avant les règles, pas de pertes blanches.

Mariée en mai 1919 (5 mois avant son entrée à l'hôpital) aucune fausse couche, n'accuse aucun début de grossesse. Grippe en février 1919.

Début : En décembre 1918 apparition au niveau de la fosse iliaque gauche de douleurs faibles consécutives à une fatigue. En février 1919 grippe pendant laquelle la malade constate une augmentation de volume de son ventre, augmentation légère qui reste stationnaire jusqu'en septembre 1919. Jusqu'alors la menstruation a toujours été normale, mais l'aménorrhée devient alors absolue tandis que le volume du ventre s'accroît *très brusquement* d'une façon considérable au point que l'entourage de la malade la croit arrivée au terme d'une grossesse que la pauvre fille aurait voulu cacher. Œdème des jambes et douleurs lombo abdominales surtout accentuées au moment des époques menstruelles.

Quelques vomissements et troubles dyspeptiques ; constipation habituelle depuis le mois de février ; miction normale ; essoufflement très accentué. Rien à signaler aux autres appareils, amaigrissement de 5 kilos, grande faiblesse générale, pas de fièvre, rien dans les urines.

EXAMEN : Faciès ovarien typique, femme blond vénitien, visage pâle, traits tirés, yeux cernés et creux, nez pincé, muqueuses exsangues, amaigrissement général, dyspnée légère au repos, essoufflement rapide au moindre effort.

Le ventre est volumineux, proéminent, en tous points comparable à celui d'une grossesse au neuvième mois.

La palpation : n'arrive pas à délimiter nettement une tumeur ainsi que l'inspection l'aurait pu faire prévoir. Sensation générale de renitence avec quelques petites masses plus dures disséminées irrégulièrement. La sensation de flots n'est pas nette, elle est imprécise. Il paraît cependant y avoir en certains points de la fluctuation localisée.

La percussion : révèle une matité uniforme se prolongeant avec la matité hépatique, sonorité dans les flancs sans modifications apportées par les divers changements de position de la malade.

L'auscultation est absolument négative. En aucun point on n'a la perfection de souffles.

Toucher : Le col est difficilement accessible, il est situé très haut, en arrière, il est ramolli et son orifice est légèrement entre-ouvert.

L'Utérus ne peut être délimité sur la paroi abdominale, il est cependant mobile. Tous les culs-de-sac surtout antérieur et postérieur font une saillie ferme et régulière donnant une sensation de résistance. Sa mobilisation de la masse abdominale ne se transmet en aucune façon au

col utérin. Le toucher rectal ne donne aucun renseignement précis. OEdème assez prononcé des deux membres inférieurs. Rien aux poumons et au cœur. Rien aux autres appareils.

Intervention : le 22 novembre 1919 sous anesthésie générale à l'éther. De fortes et très vasculaires adhérences de la tumeur avec la paroi abdominale rendent l'ouverture du ventre très délicate. On peut cependant arriver à trouver un plan de clivage et à circonscrire toute la tumeur qui monte jusqu'au diaphragme. L'incision de la paroi abdominale va ainsi de l'appendice xyphoïde au pubis. L'épiploon adhère très fortement au sommet de la tumeur où il y a une véritable tête de méduse ; les vaisseaux qui unissent la tumeur à l'épiploon ont en effet au moins le volume d'une plume d'oie.

Après ligature et résection tant des adhérences épiploïques que des adhérences pariétales moins importantes, on arrive à extérioriser la tumeur non sans avoir dû décoller l'intestin adhérent à la face postérieure. On s'aperçoit alors qu'elle est annexée par un gros et long pédicule de 8 à 10 centimètres de longueur sur 2 d'épaisseur à une autre tumeur rouge cramoisie rejetée à gauche, tumeur qui n'est autre que l'utérus, cet utérus est augmenté de volume, il contient 3 noyaux fibromateux dont le plus gros atteint le volume d'une mandarine. L'hystérectomie consécutive ne présente plus aucune difficulté. Fermeture sans drainage.

Examen des pièces. — Grande masse fibro-kystique, pesant 9 kil. 500. Le tissu fibreux est creusé de très nombreuses cavités en nombre incomptable. La majeure partie est constituée par des géodes du volume d'une orange, communiquant entre elles, mais deux plus grosses se trouvent au pôle supérieur et sur la face antérieure

de la tumeur ; elles ont le volume d'un petit melon. Le liquide contenu est clair, limpide, non coagulable spontanément. La paroi interne a l'aspect classique des cavités du cœur.

Le pédicule est très fibreux, blanchâtre à la coupe, il mesure dix centimètres sur deux.

En incisant l'utérus, on a la surprise de trouver un fœtus de trois mois, qui continue à vivre pendant une demi-heure.

Les ovaires sont augmentés de volume et kystiques.

Les suites opératoires sont troublées par l'apparition d'un abcès de la paroi que l'on doit inciser et qui ne retarde que de quelques jours le départ de la malade, qui quitte l'hôpital en parfait état.

Les nouvelles reçues d'elle récemment sont excellentes. Elle a engraisé et mène une vie normale.

EXAMEN ANATOMO PATHOLOGIQUE. — Sur le fragment de paroi kystique examiné, on constate que :

La paroi extérieure de la tumeur est limitée par une couche de tissus fibreux rappelant le tissu sous péritonéal que revêtent les cellules aplaties de la séreuse.

La paroi de la poche kystique est constituée par des fibres musculaires groupées en faisceau qui s'entrecroissent dans toutes les directions et qui sont coupés sous les incidences les plus diverses. On est frappé quand on voit l'ensemble de cette paroi musculaire par l'aspect *clair et comme œdématisé* du tissu conjonctif interfasciculaire qui est parcouru par d'énormes vaisseaux sanguins (grosses veines, gros capillaires très dilatés). Ce tissu conjonctif est relativement pauvre en fibres collagènes.

Dans les fragments soumis à l'observation, *il n'existe aucun revêtement épithélial.*

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

Notre malade n'a que 20 ans. Et c'est déjà un fait assez rare que de trouver à cet âge un fibrome développé au point de peser 9 kgs 500. Emmet dans la statistique qu'il présente dans sa « Pratique des maladies des femmes » signale que ces tumeurs apparaissent rarement avant 25 ans ! — La femme la moins âgée de sa statistique en avait 18. Cavaillon a trouvé un fibrome chez une fillette de 13 ans. Winkel-Ruge chez des femmes de 19 et 22 ans, mais encore les tumeurs étaient elles de petit volume. Un cas similaire au nôtre a été cité par Potherat qui publie dans la *Gazette des hôpitaux* de 1908 un cas de tumeur fibro-kystique de l'utérus pesant 9 kilogs chez une femme de 19 ans.

Réglée à 13 ans, la jeune femme nous apprend que ses règles sont dès leur instauration assez abondantes, elles durent sept à huit jours avec quelques caillots, autant de faits qui concordent avec la théorie que soutiennent de nombreux auteurs, à savoir que sont prédisposées à la fibromatose les femmes qui ont des règles abondantes. Mais où notre malade présente une particularité intéressante qui, d'ailleurs, n'a pas été sans égarer le diagnostic, c'est que sa menstruation est toujours restée telle qu'elle était dès ses débuts sans la moindre variation. La chose serait peut-être explicable si la tumeur

sous-péritonéale avait été unique mais il ne faut pas oublier que l'utérus était porteur de plusieurs nodules interstitiels qui, habituellement, font saigner abondamment.

L'augmentation du volume du ventre et les divers troubles fonctionnels accusés par la malade rentrent, au contraire dans le domaine habituel. Le développement de la tumeur a paru se faire par deux poussées brusques. L'une légère en février 1919 au cours d'une grippe, l'autre importante sept mois plus tard en septembre, le début lui-même de la fibromatose ne pouvant être précisé. Cet accroissement rapide est très fréquent et c'est habituellement un symptôme important en faveur d'une tumeur kystique de l'utérus, nul néoplasme abdominal ne prenant en un même intervalle de temps un développement aussi considérable. Dans la thèse de Pavlitis il est rapporté trois observations où M. le professeur Tédénat a pu faire, grâce à ce signe, un diagnostic précis.

Parmi les troubles fonctionnels accusés par la malade un seul point nous a étonné : Sa miction est restée normale. Il est cependant classique que la vessie aplatie, tirillée, réagisse en déterminant l'apparition de pollakiurie, de dysurie et parfois même de cystite. Les uretères comprimés provoquent bien souvent des troubles plus ou moins graves dont notre malade n'était nullement atteinte.

Dans une thèse récente de Montpellier, Borel a eu l'ingénieuse idée de présenter une étude illustrée « sur le diagnostic par le Facies » s'il avait eu l'occasion de saisir l'expression de notre malade il aurait pu la prendre pour type du « Facies ovarien », ce facies si spécial que la meilleure description n'arrive pas à imaginer, et qui était chez elle poussé à son plus haut degré de caractère.

Dans la plupart des observations, on signale un souffle vasculaire intense en un point quelconque de la tumeur. Il n'était point perçu dans notre cas et Piquaud signale trois observations semblables où ce signe n'a pas été observé.

Un grand problème se posait au sujet du diagnostic : étant donnée la symptomatologie accusée, on était en droit d'éliminer justement les deux hypothèses que l'intervention a révélées : le fibrome et la grossesse.

Comment songer, en effet, à la possibilité d'une grossesse ; il aurait fallu, pour cela, ne pas connaître un mot de pathologie et seuls, nous semblent-ils, sont excusables d'avoir en partie porté le diagnostic exact : l'entourage de la malade et les mauvaises langues habituelles du pays, ainsi que l'observation le relate. Le col était bien mou et son orifice entr'ouvert, mais l'aménorrhée ne durait que depuis trois mois ; la jeune femme, qui n'était mariée que depuis cinq mois, niait toute possibilité de grossesse antérieure, affirmation sujette à caution, c'est certain, mais les dires de la malade étaient vérifiés par l'examen clinique. Le volume du ventre avait atteint et même dépassé celui d'une grossesse à terme. Comment donc expliquer, même si les parties fœtales avaient pu être confondues avec les bosselures de la tumeur, même si l'on avait pu songer à de l'hydramnios, comment expliquer que l'enfant ne révèle sa présence par aucun des autres signes classiques (souffles, mouvements du fœtus, etc.) D'autre part, la matité se continue avec celle du foie, la palpation ne permet pas de fixer où se trouve la limite exacte de cette tumeur ; autant de points que l'on n'est pas accoutumé à observer dans une grossesse normale.

Ce diagnostic de grossesse à terme était donc à éli-

miner d'emblée, Mais il eut été plus intéressant d'avoir pu faire celui de la grossesse au troisième mois que portait la malade. Point n'est besoin, nous paraît-il, de trop insister sur cette impossibilité. Les signes de grossesse, avant quatre mois et demi, ne sont-ils pas tous que des signes de probabilité et seuls, en faveur de cette probabilité, on pouvait invoquer le ramollissement du col, l'aménorrhée persistante depuis trois mois et les quelques troubles dyspeptiques accusés par la malade; autant de signes qui, joints à une augmentation de l'utérus, eussent dû, en l'absence de toute tumeur, conduire inévitablement au diagnostic. Mais le ramollissement du col pouvait aussi être attribué à des troubles circulatoires, les troubles dyspeptiques à la compression de l'estomac et de l'intestin, et enfin l'aménorrhée n'est-elle pas un symptôme fréquent dans les diverses affections génitales, plus particulièrement dans les tumeurs ovariennes que l'on était en droit de soupçonner.

S'agissait il donc d'une tumeur abdominale, d'une atteinte péritonéale ou d'une tumeur génitale.

Toute idée d'ascite libre devait être écartée : ventre en obusier, matité centrale, sonorité dans les flancs, pas de modifications apportées par les divers mouvements de la malade, pas de sensation nette de flot sont autant de points qui pouvaient, au contraire, faire songer à une péritonite cloisonnée. L'état général précaire de la malade, son amaigrissement extrême, son aspect, les quelques signes physiques que nous venons de signaler et auxquels on pouvait ajouter la perception de fluctuation localisée, l'absence de limitation nette de la tumeur, l'aménorrhée étaient en faveur d'une atteinte péritonéale à laquelle pendant quelque temps on avait songé. Mais l'absence de toutes lésions pulmonaires ou pleurales, les

renseignements donnés par le toucher faisaient pencher le diagnostic en faveur d'une tumeur d'origine génitale.

Sa possibilité d'un kyste hydatique pouvait être envisagée, mais ici encore l'absence de flot joint à l'absence de frémissement hydatique et de divers petits signes caractéristiques de cette maladie pouvaient faire écarter le diagnostic.

Restait donc, à part un léger point d'interrogation en faveur de la péritonite bacillaire, à éclaircir l'origine génitale exacte de cette tumeur : origine utérine ou origine annexielle ? Un fait était à peu près admis, c'est que l'on devait être en présence d'une tumeur kystique. Si l'on joint à ceci — que les culs de-sac bombaient sous une saillie rénitente, que l'utérus était mobile, que les mouvements imprimés à la tumeur ne se transmettaient pas à l'utérus ; que de même ceux imprimés à l'utérus ne se transmettaient pas à la tumeur ; que d'autre part il n'y avait jamais eu la moindre métrorragie, mais que, au contraire, l'aménorrhée persistait depuis trois mois, on était en droit d'éliminer le diagnostic de tumeur utérine. A peine pouvait-on, en faveur de celle-ci, faire valoir l'ascension du col utérin et la situation médiane de la tumeur. Seule, une tumeur utérine fibro-kystique pédiculée pouvait donner lieu à la symptomatologie accusée. Mais comment dans de pareilles circonstances la différencier d'une tumeur annexielle. L'augmentation brusque de volume du ventre, signe caractéristique des tumeurs fibro-kystiques de l'utérus aurait-il pu faire affirmer le diagnostic. Nous ne le croyons pas, c'est habituellement un symptôme de grande valeur qui a permis en particulier à M. le professeur Tédénat d'affirmer l'origine et la nature de la tumeur à deux reprises, ainsi que Pavlitis

le relate dans sa thèse. Mais, chez notre malade, du fait de la longueur inaccoutumée du pédicule et pour toutes les raisons que nous avons déjà données, ce diagnostic n'a pu être envisagé que comme une probabilité et non comme une certitude.

Nous ne discuterons pas davantage la possibilité d'un diagnostic entre les diverses tumeurs annexielles; on songeait à un kyste de l'ovaire, mais il faut toujours avoir présent à l'esprit la possibilité de fibrome ou sarcome de l'ovaire et on sait; d'autre part, que dans des cas très exceptionnels, un kyste de la trompe très volumineux, une tumeur fibro-kystique du ligament large comme en ont publié Tédénat, Gros, Jeanin, Pilliet et Thierry, peuvent être une cause d'erreur.

Au sujet de ce diagnostic différentiel utérin ou annexiel nous voudrions faire ressortir les dangers qu'aurait pu faire courir à la malade une méthode de diagnostic que l'on a coutume de recommander, nous voulons parler de l'hystérométrie. A quels tristes résultats n'aurait-elle pas abouti ! Un enseignement semble au contraire ressortir de notre observation, c'est que l'hystérométrie ne devrait être pratiquée que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles. La possibilité de début d'une grossesse devrait toujours être envisagée même dans les cas des tumeurs les plus volumineuses et on comprend combien en pareil cas un avortement serait de conséquences fâcheuses.

CONSIDÉRATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES ET PATHOGÉNIQUES

On sait que rien n'est variables comme les dimensions des tumeurs fibro-kystiques, le nombre de leur cavités, la quantité relative des éléments solides ou liquides, etc... Cependant le poids de 9 kil. 500 que pesait la tumeur enlevée par M. le Professeur de Rouville tire sa particularité du jeune âge de la malade qui la portait. Comme nous le faisons remarquer plus haut, nous n'avons retrouvé qu'un seul cas de Potherat semblable au nôtre, il s'agissait d'une jeune femme de 19 ans dont la tumeur pesait 9 kilos. Des tumeurs de poids plus considérables ont été signalées par tous les chirurgiens et il est classique à ce sujet de rappeler le fibro-kyste le plus volumineux qui ait été vu et opéré, c'est celui enlevé par Stockard chez une négresse en Colombie ; il pesait plus de 50 kilos. Soubeyran en 1912 a présenté à la Société de Chirurgie de Paris un fibrome kystique de 33 kilos, les cas de Tédénat se rapportent à des malades dont la tumeur pesait de 15 à 18 kilos.

Il a été aussi quelquefois signalé mais assez rarement qu'un fibrome kystique ait évolué à côté d'autres restes fibreux. Chez notre malade le fibrome kystique était sous péritonéal, longuement pédiculé sur un utérus

gravide contenant lui même trois noyaux fibromateux dont le plus volumineux avait le volume d'une mandarine.

Le pédicule est intéressant par sa longueur, il est très fibreux, blanchâtre à la coupe ce qui est habituel, mais il mesure 10 centimètres de long sur 2 de large, alors que dans la majorité des cas ce pédicule atteint au maximum 3 ou 1 centimètres et a au contraire une épaisseur plus considérable pouvant atteindre, dit-on, le volume du bras. Cette longueur pédiculaire explique les difficultés de diagnostic auxquels on s'est buté quand il s'est agi de différencier une tumeur utérine d'une tumeur annexielle.

La couleur du kyste, le nombre des cavités ne nous arrêtera pas. Il n'y a là rien de spécial, nous noterons qu'une fois de plus l'heureuse comparaison d'Atlee se vérifie : l'aspect intérieur des cavités rappelle d'une façon frappante celle des cavités du cœur.

Une dernière particularité que nous voudrions faire ressortir, c'est la couleur du liquide contenu. En général il est sanguinolant, parfois même paraissant composé par du sang presque pur. « Dans des cas beaucoup plus rares, écrit Piquaud, dans son excellente thèse, le contenu est un liquide séreux citrin ». Dans une observation de Rœberlé il était limpide et se coagulait spontanément au contact de l'air. Il en était de même dans notre cas, sauf que le liquide n'a pas présenté cette coagulation spontanée.

L'Etude histologique d'une petite partie de paroi kystique fait rentrer cette tumeur dans la catégorie des cyto-fibromes sans revêtement épithélial.

La paroi de la poche en effet où il n'a été constaté aucun revêtement épithélial est constitué par des fibres musculaires groupées en faisceaux s'entrecroisant dans tous les sens et quand on voit l'ensemble de cette paroi

musculaire on est frappé par l'aspect clair et comme œdématié du tissu conjonctif interfasciculaire qui est parcouru par d'énormes vaisseaux sanguins (grosses veines, gros capillaires dilatés).

Il s'ensuit qu'au point de vue pathogénique cette tumeur est en faveur de la théorie de Cruveilhier acceptée par la majorité des auteurs. On sait que pour la pathogénie des fibro-kystes dépourvus de tout espèce de revêtements, deux théories sont en présence ; 1^o la théorie de la nécrose ; 2^o la théorie de l'œdème. La 1^{re} soutenue par Pillet et son élève Costes paraît difficilement admissible, car on voit peu la nécrose expliquer la formation de très grands kystes pouvant contenir des 10 et 15 litres de liquide en moyenne. Notre observation rentre donc dans la théorie devenue presque classique de l'œdème par les deux lésions habituellement rencontrées :

1^o L'aspect clair et œdématié du tissu conjonctivo-musculaire :

2^o L'augmentation du nombre des vaisseaux.

Certains auteurs parmi lesquels, Pick, Bérard et Payiot veulent que l'infiltration œdémateuse soit une lésion accessoire consécutive à une transformation sarcomateuse. Piquaud s'élève violemment contre cette théorie et croit au contraire que dans la majorité des cas, l'infiltration œdémateuse et la formation des cavités kystiques sont complètement indépendantes de toute dégénérescence sarcomateuse. C'est aussi ce que démontre, non seulement notre étude histologique mais aussi l'évolution clinique bénigne de notre cas. L'intervention date du 22 novembre 1919 et les nouvelles reçues récemment de l'ancienne malade sont excellentes, ce qui est loin d'être en faveur d'une lésion maligne.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

Nous avons vu plus haut que le diagnostic précis était resté en suspens et qu'il avait été impossible de se prononcer entre tumeur kystique annexielle ou tumeur kystique utérine pédiculée, que même il pouvait rester une petite hésitation en faveur d'une péritonite bacillaire. Quoiqu'il en soit, de toute façon, l'indication opératoire était nette il fallait intervenir.

Cette intervention fut des plus intéressantes et il faut avoir le caractère chirurgical et la grande habitude qu'a notre maître des interventions abdominales pour avoir mené à bien avec de pareils résultats, et en aussi peu de temps, une hystérectomie aussi émouvante. Il faut y avoir assisté pour comprendre les difficultés au premier abord insurmontables devant lesquelles on fut en présence.

L'ouverture de la paroi fut déjà difficile de par les nombreuses adhérences qui l'unissaient à la tumeur. Elles purent cependant être assez facilement décollées à la main et ne sont rien à côté des autres, volumineuses et organisées, qui unissaient en particulier l'épiploon et la tumeur. On fut en présence d'une véritable tête de méduse, les vaisseaux qui se jetaient sur le kyste avaient le volume d'une plume d'oie et étaient en nombre incalculables. Après ligature et résection, il a fallu

encore, avant de pouvoir extérioriser la tumeur, décoller l'intestin, qui était adhérent à sa face postérieure. Ce n'est que lorsque la tumeur fut soutenue par la main de l'aide, au-dessus du champ opératoire, que l'on s'aperçut de son origine utérine, de sa pédiculisation. L'hystérectomie, fut pratiquée sans incident. La gravidité fut une découverte post-opératoire que rien, nous l'avons vu plus haut, ne pouvait faire diagnostiquer cliniquement. Pendant l'intervention, ce diagnostic était tout aussi impossible, du fait du volume de la tumeur d'une part, qui encombrait le champ opératoire et de la présence de fibromes interstitiels d'autre part, qui dénaturaient complètement l'aspect de l'utérus.

Les suites opératoires ne furent interrompues dans leur cours normal, que par une suppuration de la paroi, sans conséquence aucune. Des nouvelles récentes reçues de la malade, nous font savoir qu'elle est en parfait état de santé.

CONCLUSIONS

L'observation que nous publions, présente quelques particularités intéressantes d'ordre clinique anatomo-pathologique et thérapeutique :

1^o Présence d'un fibrome de 9 kil. 500, chez une femme de 20 ans.

2^o Menstruation restée normale.

3^o Absence de troubles vésicaux.

4^o Coexistence de fibrome et de grossesse.

5^o Impossibilité de diagnostic précis de la nature et de l'origine de la tumeur d'une part, de la grossesse concomitante d'autre part.

6^o Danger que l'hystérométrie aurait pu faire courir.

7^o Limpidité du liquide contenu dans les cavités kystiques.

8^o Bénignité de la tumeur (en opposition avec la théorie sarcomateuse).

BIBLIOGRAPHIE

BECKMANN. — Fibromyôme kystique de l'utérus de St-Petersbourg med. Zeitschrift, t. XXXVIII, n° 22, 15 nov. 1913.

CHALIER. — Kyste volumineux de l'utérus surmontant un gros fibrome. Soc. des Sciences méd. de Lyon, 7 janvier 1914.

CHIFOLIAU. — Les grands kystes de l'utérus. *Progrès méd.* 25-11 1911.

COSTES. — Thèse de Paris 1895.

CRUVEILHIER. — Traité d'anatomie Pathologique, 1856, t. III, p. 652.

DEBAR. — 53 cas de fibromes utérins. Thèse de Montpellier 1911-12, n° 82.

DELER. — Les kystes non congénitaux de l'utérus. Thèse de Montpellier 1912. Décembre.

DRUON. — Tumeurs kystiques. Thèse de Paris 1898-99, n° 175.

LE FILLIATRE. — Fibrome Télangectasique de 17 livres. Soc. Anat. de Paris, 10 octobre 1913.

GROSS. — Volumineux fibromes *Rev. méd. de l'Est* n° 9, 1^{er} mai 1912, p. 273.

HELLIER. — Un cas de tumeur kystique multiloculaire de l'utérus. The journal of obstetric and Gyn, t. XXVI n° 2, août 1914.

- JAFFIER ET TIXIER. — Enormes fibromes, sous-séreux pseudo-kystiques. *Lyon médical* n° 37, sept. 1912, pages 441-447.
- KOEBERLÉ. — *Bull. de l'Acad. de médecine*, 1869.
- LATTEUX. — Dégénérescence kystique des fibromes. *Revue de Gyn.* 1906.
- LECÈNE. — Soc. obst. gyn. et de pédiatrie de Paris, 12-VI, 1911.
- LÉOPOL ET FEHLING. — *Arch. für gyn.* 1875.
- MARTIN. — Grosse tumeur fibro-kystique de l'utérus. *La Normandie médicale*, 15 sept. 1911, p. 377.
- MÜLLER. — Cont. à l'étude des tumeurs kystiques de l'utérus. *Arch. für gyn.* 1887.
- NICOLSKY. — Thèse de Paris 1913, n° 143. Complication des fibromyomes.
- OLLIER. — Gros fibromes kystiques. *Lyon médic.*, 1896, p. 341.
- PATROWSKI et PARIS. — Enorme fibrome (13 kilogs) madréporique avec œdème. *Bull. soc. anat. de Paris*, oct. 1912, p. 363.
- PAVLITIS. — Fibromes kystiques de l'utérus. Thèse de Montpellier, 1899-1900, n° 69.
- PELLANDA. — La mort par fibromyome utérin. Thèse de Lyon, 1904-1905, n° 125.
- PÉAN. — Des grandes tumeurs kystiques et fibro-kystiques de l'utérus. *Bull. de l'Ac. de méd.*, 1880.
- PIQUAND. — Les tumeurs fibro-kystiques de l'utérus. *Rev. de chir.* 1905 ou 1906, p. 156.
- Dégénérescence kystique des fibromes. *Rev. de chir.*, 1906.
- Dégénérescence des fibromes. Thèse de Paris, 1904-05, n° 498.

RICARD et DEHELLEY. — Fibrome kystique. *Bull. soc. anat.*, juin 1910, p. 585-602.

ROUTIER. — Fibrome dégénéré simulant un kysté multiloculaire. *Soc. de chir.*, 1^{er} juillet 1914.

SOULÉGOUX. — Fibrome kystique de 33 kilogs. *Bull. soc. de chir.*, n^o 20. 28 mai 1912, p. 738-768.

TÉDENAT et RIVES. — Fibro-kystique utérin. *Montpellier médical*, 30 juillet 1911, p. 115.

TÉDENAT. — In *Traité de gyn.* Pozzi, 1887.

TROTABAS. — Thèse de Lyon, 1912.

En ma qualité de Censeur de tour,

j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

*Étude d'une observation de fibrome en
dégénérescence*, par Roger LANDUREAU.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Vu :

Montpellier, le 13 juillet 1921.

Le Doyen,

E. DERRIEN.

Montpellier, le 13 juillet 1921.

Le Professeur,

DE ROUVILLE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 13 juillet 1921.

Le Recteur,

Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
